

ผลของแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลคีรีมาศ
จังหวัดสุโขทัย

Effect of Treatment Adherence Promotion Guideline in Schizophrenic
Patients, Khiri Mat Hospital, Sukhothai Province

นุศรา หิรัญธนวิวัฒน์¹

สุกัญญา สุทธิศิลป์²

บทคัดย่อ

แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม จะช่วยเพิ่มคุณภาพการรักษา ลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และช่วยลดความรู้สึกรังเกียจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ดูแล วิจัยเรื่องผลของแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีกลุ่มตัวอย่าง 34 คน เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกชวนชื่น ในโรงพยาบาลคีรีมาศ ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท แบบบันทึกจำนวนครั้งของการมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือนอนโรงพยาบาล และแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ดูแล ทดลองใช้แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2566 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน paired t test ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น พฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทลด จำนวนครั้งของการมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือนอนโรงพยาบาลเป็น 0 และผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ดูแลลดลง สรุปว่าแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้นมีผลลัพธ์ที่ดี คือช่วยเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทลดพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทลดการมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนวันนัด และลดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ดูแล

คำสำคัญ: แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท/ พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท/ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแล

¹ พ.บ. อว.เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน หน่วยงาน โรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

e-mail : sarababe5459@gmail.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงาน โรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

e-mail : sukanya3064@gmail.com

Effect of Treatment Adherence Promotion Guideline in Schizophrenic Patients, Khiri Mat Hospital, Sukhothai Province

Nusara...Hiruntanawiwat
Sukanya Sootthasin

Abstract

The appropriated treatment adherence promotion guideline in schizophrenic patients could increase the quality of treatment, decrease overt aggression behavior and decrease care giver's burden. The objective of research examined the effect of treatment adherence promotion guideline in Schizophrenic patients, Khiri Mat Hospital, Sukhothai Province. The methods of research was Quasi-experiment research. The samples were 34 care giver's schizophrenic patients who enrolled in Chuan Cheun Clinic at Khiri Mat Hospital. They were selected using a purposive sampling technique. Collecting tools were the medication adherence questionnaire in schizophrenic patients, overt aggression scale: OAS, emergency room visit or hospital admit and the care giver's burden. The treatment adherence promotion guideline in schizophrenic patients were tested between November to December 2023. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics (paired t test). The results revealed the medication adherence in schizophrenic patients was increased, overt aggression behaviors in schizophrenic patients and the care giver's burden were decreased and emergency room visit or hospital admit in schizophrenic patients were zero. Conclusion was the treatment adherence promotion guideline in schizophrenic patients had good outcomes such as increased medication adherence and decrease overt aggression behaviors, Emergency room visit or admit before appointment date and care giver's burden.

Keywords: The treatment adherence promotion guideline in schizophrenic patients, medication adherence behavior in schizophrenia patients, Burden among caregivers of schizophrenia patient

บทนำ

จิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีกลุ่มอาการทางคลินิกหลากหลาย เป็นเกี่ยวกับความผิดปกติของกระบวนการของความคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) การรับรู้ (perception) และด้านอื่นๆของพฤติกรรม โดยจะมีอาการหลัก 2 ด้านคือ 1) อาการด้านบวก (positive symptoms) เป็นกลุ่มอาการทางจิต เช่น ความคิดหลงผิด (delusion) และประสาทหลอน (hallucination) และ 2) อาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยสูญเสียความสามารถแบบคนปกติทั่วไป เช่น คิดหรือพูดได้น้อยลง

ไม่สามารถแสดงสีหน้าหรืออารมณ์ความรู้สึกได้ ขาดแรงกระตุ้นที่จะเข้าสังคม ไม่สามารถมีความรู้สึกยินดีหรือดีใจได้ และขาดแรงจูงใจหรือขาดความคิดริเริ่มใดๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการด้านอื่นๆ คือ 3) disorganization symptoms 4) agitation symptoms 5) motor symptoms และ 6) mood and anxiety symptoms โดยอาการที่เกิดขึ้นจะเป็นเรื่องไร้จุดหมายการทำงานหรือใช้ชีวิตแบบคนปกติไม่ได้ จึงเป็นภาระอย่างมากให้แก่ครอบครัว โดยเฉพาะในรายที่รับประทานยาไม่ครบหรือไม่ต่อเนื่อง เพราะขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลขาดประสิทธิภาพ รวมไปถึงผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ซึ่งทำให้มีอาการกำเริบแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น บางรายต้องแจ้งตำรวจหรือกักขังบังคับพามารักษาที่โรงพยาบาลหรือส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเสียเวลาประกอบอาชีพ เป็นภาระทั้งการเฝ้าระวังการก่ออันตรายในบ้านและในชุมชนและภาระด้านการเงิน รวมไปถึงภาระทางด้านจิตใจคือรู้สึกอับอาย วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในคลินิกชวนชื่น โรงพยาบาลศิริราชจังหวัดสุโขทัย ในปี งบประมาณ 2566 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทสะสมจำนวน 313 คน กลุ่มที่อาการรุนแรงที่ต้องรักษาด้วยยาปรับประทุกันควบคู่ไปกับยาฉีดระงับอาการทางจิตมากถึง 110 คน หรือร้อยละ 35 โรงพยาบาลศิริราชได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 และมีผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปีงบประมาณ 2564-2566 มีผลลัพธ์ในเชิงปริมาณเป็นที่น่าพอใจ โดยพบอัตราการมาตามนัดร้อยละ 98.6, 98.6 และ 98.1 ตามลำดับ และมีอัตราการเข้าถึงร้อยละ 112.9, 112.0 และ 88.4 ตามลำดับ (เป้าร้อยละ 75) รวมถึงมีอัตราการเกิดอาการกำเริบจากขาดยาจิตเวชลดลงอย่างต่อเนื่องโดยมีเท่ากับร้อยละ 1.2, 2.6 และ 1.3 ตามลำดับ แต่ในประเด็นของเชิงคุณภาพยังสามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของคลินิกชวนชื่น รพ.ศิริราช ยังมีปัญหาสำคัญคือผู้ป่วยจิตเภทมักไม่รู้ว่าตนเองป่วย จึงไม่รับประทานยา ต้องมีญาติคอยกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด และแม้จะมีการควบคุมการฉีดยาโดยใช้ตารางการฉีดยาที่พัฒนาขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาฉีดยาไม่ตรงวันนัด บางรายแม้จะมีการโทรเตือนก่อนวันนัดฉีดยาแต่ยังคงมีปัญหาเรื่องการฉีดยาไม่ตรงเวลาหลายครั้ง เพราะขาดผู้ดูแล หรือผู้ดูแลไม่มีศักยภาพเพียงพอ บางรายย้ายไปทำงานต่างจังหวัดครอบครัวไม่สามารถติดตามได้ การไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ถูกต้อง และครบถ้วน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเสี่ยงสูงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและทรัพย์สิน เป็นภาระให้แก่ครอบครัวและหน่วยบริการสุขภาพ รวมไปถึงชุมชนที่ต้องคอยหวาดระแวงว่าจะถูกผู้ป่วยจิตเวชทำร้าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงคืนข้อมูลปัญหาให้แก่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศิริราช และร่วมกันให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ โดยมุ่งเน้นในส่วนของ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงอยู่ในระบบบริการของคลินิกชวนชื่น โรงพยาบาลศิริราช และได้รับการรักษาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวทางส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ที่สอดคล้องกับบริบท โดยการระดมสมองจากบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งฝั่งโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ ทบทวนองค์ความรู้เรื่องเกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดทฤษฎี และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการปรับมาจากแนวคิดของ สุมิศา กุมลา, โสภิน แสงอ่อน และพัชรินทร์ นันทจันทร์ (2563) ทำให้ได้แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ซึ่งเน้นในส่วนของ การสร้างสัมพันธภาพและสำรวจทัศนคติต่อการรักษาของผู้ป่วยและ/หรือญาติ, การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท ปัจจัยที่ทำให้มีอาการกำเริบและพระราชบัญญัติสุขภาพจิต , ยาด้านโรคจิต อาการข้างเคียงและวิธีการ

จัดการให้ผู้ป่วยได้รับยา และฝึกทักษะการจัดยาร่วมกันของผู้ป่วยและญาติ, การจัดการความเครียดในครอบครัวอย่างเหมาะสม และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การพาผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการจิตเวชฉุกเฉิน และการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทอย่างปลอดภัย การมีแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาที่เหมาะสมดังกล่าว น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อันจะลดการกำเริบ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่เป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและส่วนรวม และลดการสิ้นเปลืองจากการนอนรักษา และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวใช้ชีวิตในสังคมได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง ทดลองใช้แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกชวนชื่น โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัยในระยะเวลาที่เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2566:2 เดือนจำนวน 300 คน

กลุ่มตัวอย่างคือประชากรที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกชวนชื่น โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัยในระยะเวลาที่เก็บข้อมูล เดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2566:2 เดือน 2) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 3) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร และ 4) ยินยอมเข้าโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลมีภาวะวิกฤตทางกายหรือทางจิต จนต้องนอนโรงพยาบาลหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และ 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลมีความผิดทางคดีความ

เกณฑ์การให้อาสาสมัครออกจากการทดลอง คือ 1) ขณะร่วมกิจกรรมโครงการผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลมีอาการทางจิตกำเริบจนต้องนอนโรงพยาบาลหรือส่งต่อ 2) ขณะร่วมกิจกรรมโครงการผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลเกิดภาวะวิกฤตทางกาย 3) ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้เกินร้อยละ 50 4) ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลขาดนัดอย่างน้อย 1 ครั้ง 5) ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลเสียชีวิต และ 6) ญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลขอยุติการคงอยู่ในโครงการ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้ Power Analysis ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.70 และอำนาจการทดสอบทางสถิติเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 คน

ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.93/2023 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.83/2023 ลงวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ.2566 วิธีทบทวนแบบเร่งรัด (Expedited review)

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เดือนสิงหาคมพ.ศ.2566 – ธันวาคม พ.ศ.2566: 5 เดือน และเก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2566:2 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง

1. ประชากร

คือญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกชวนชื่น โรงพยาบาลศรีรีมาศ จังหวัดในระยะเวลาที่เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2566:2 เดือนจำนวน 300 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

คือประชากรที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกชวนชื่น โรงพยาบาลศรีรีมาศ จังหวัดในระยะเวลาที่เก็บข้อมูล เดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2566:2 เดือน 2) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 3) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร และ 4) ยินยอมเข้าโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลมีภาวะวิกฤตทางกายหรือทางจิต จนต้องนอนโรงพยาบาลหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และ 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลมีความผิดทางคดีความ

เกณฑ์การให้อาสาสมัครออกจากกรทดลอง คือ 1) ขณะร่วมกิจกรรมโครงการผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลมีอาการทางจิตกำเริบจนต้องนอนโรงพยาบาลหรือส่งต่อ 2) ขณะร่วมกิจกรรมโครงการผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลเกิดภาวะวิกฤติทางกาย 3) ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้เกินร้อยละ 50 4) ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลขาดนัดอย่างน้อย 1 ครั้ง 5) ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลเสียชีวิต และ 6) ญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลขอยุติการคงอยู่ในโครงการ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้ Power Analysis ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.70 และอำนาจการทดสอบทางสถิติเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 คน

ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.93/2023 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.83/2023 ลงวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ.2566 วิธีทบทวนแบบเร่งรัด (Expedited review)

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย เดือนสิงหาคมพ.ศ.2566 – ธันวาคม พ.ศ.2566: 5 เดือน และระยะเวลาเก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2566:2 เดือน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคทางกาย โรคทางจิต ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การใช้เครื่องตีแมลงก้อฮอร์ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อวัน และจำนวนบุคคลอื่นที่ช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนทั่วไปของผู้ป่วยและผลการรักษา (ผู้วิจัยกรอกรายละเอียด)

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคทางกาย รหัส ICD10 ของโรคทางจิตเภท ระยะเวลาเป็นโรคจิตเภท ระยะเวลาการรักษาโรคจิตเภท ยาฉีด ยารับประทาน ใช้เครื่องมือแอลกอฮอล์ การเสพยาบ้า และการเสพสารเสพติดอื่นๆ

- ผลการรักษาของผู้ป่วย : 2 ข้อ ได้แก่ 1) จำนวนครั้งของการกำเริบและเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) และ 2) จำนวนครั้งของการกำเริบและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) หรือจำนวนครั้งของการกำเริบและนอนรักษาตัวโรงพยาบาลเครือข่ายหรือโรงพยาบาลจิตเวช

ชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท สร้างโดย สุรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) มี 2 ด้าน คือ 1) ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา หมายถึงการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลาไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยา (คำถามข้อ 1 - 9) และ 2) ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา (คำถามข้อ 10 -18) ข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ มีข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 17 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ 5, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18 มีคะแนนตั้งแต่ 18-90 คะแนน ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราส่วนค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนน 1-5 คะแนน (1=ไม่เคยปฏิบัติ, 2=ปฏิบัติ 2-3 ครั้งต่อเดือน, 3=ปฏิบัติเดือนละครั้ง, 4=ปฏิบัติ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์, และ 5= ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน) แปลผลคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาโดยแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน หมายถึงมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับต่ำ 2) คะแนน 24 -48 คะแนน หมายถึงมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับปานกลาง และ 3) คะแนนมากกว่า 48 คะแนน หมายถึงมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องระดับสูง

ชุดที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ที่ใช้ในการปฏิบัติงานตามปกติ ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแบ่งเป็น 3 ด้านคือ

1) ด้านพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อตนเอง แบ่งเป็น 2 ระดับตามความเร่งด่วนฉุกเฉินคือ ระดับเร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน ได้แก่การขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขลกศีรษะตัวเองเป็นรอยขนาดเล็ก และระดับฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน ได้แก่การทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด รอยกรีดลึก เลือดออก หรือ มีการบาดเจ็บอวัยวะภายใน หรือ หมดสติ ฯลฯ

2) ด้านพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทาง คำพูด และการแสดงออก แบ่งเป็น 3 ระดับตามความเร่งด่วนฉุกเฉินคือระดับกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนนได้แก่การ หงุดหงิดส่งเสียงดังตะโกนด้วยความโกรธ หรือตะโกน ด่าผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง, ระดับเร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนนได้แก่การด่าคำหยาบคาย ใช้คำ สกปรกรุนแรง แสดง ท่าทางคุกคาม เช่น ถลก เสื้อผ้า ทำท่าต่อยม หรือ กระชากคอเสื้อผู้อื่น ฟุ้งซน ตะลึง หรือดึงผมผู้อื่น แต่ยังไม่ได้รับบาดเจ็บ และระดับฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน ได้แก่การพุดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันทจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจน ได้รับบาดเจ็บ เช่น ข้างเคล็ด บวม เกิดบาดแผล

กระตุกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ

3) ด้านพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สินแบ่งเป็น 3 ระดับตามความเร่งด่วนฉุกเฉินคือระดับกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนนได้แก่การปิดประตูเสียงดัง รื้อค้นข้าวของ กระจัดกระจาย ระดับเร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนนได้แก่ขว้าง ตะลึง ทุบวัตถุ หรือ สิ่งของ และระดับฉุกเฉิน (Emergency)

OAS = 3 คะแนน ได้แก่การทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟเผา ฯลฯ

การแปลผลคะแนน OAS

การตัดสินระดับความรุนแรงจะพิจารณาโดยใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงข้อเดียวเท่านั้น โดยคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

1) กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักปานกลาง (Moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

2) เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

3) ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใด

ชุดที่ 5 แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ใช้แบบประเมินภาระการดูแล Zarit Burden ภาษาไทย มี 12 ข้อ (อ่าวใน อรรวรรณ ศิลปะกิจ และคณะ, 2558) จำนวน 12 ข้อ เป็นการประเมินระดับความรู้สึก ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนน 0-4 ข้อ เป็นการประเมินระดับความรู้สึก (ไม่มีเลย= 0 คะแนน , นานๆครั้ง=1 คะแนน, บางครั้ง= 2 คะแนน, ค่อนข้างบ่อย= 3 คะแนน และแทบทุกครั้ง=4 คะแนน) การแปลผลคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ได้คะแนน 0-10 คะแนน หมายถึง No to mind burden คือไม่รู้สึกเป็นภาระถึงเป็นภาระเล็กน้อย, ได้คะแนน 11-20 คะแนน หมายถึง Mind to moderate burden คือรู้สึกเป็นภาระเล็กน้อยถึงปานกลาง และได้คะแนน 21-48 คะแนน หมายถึง Severe burden คือรู้สึกเป็นภาระอย่างรุนแรง

3.2 เครื่องมือทดลอง

แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย ที่ปรับมาจาก สุมิศา กุมลา, โสภิน แสงอ่อน และพัชรินทร์ นันทจันทร์ (2563) มี 10 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การสร้างสัมพันธภาพ
- 2) การประเมินสภาพของผู้ป่วย (แบบประเมิน OAS)
- 3) การสำรวจทัศนคติต่อการรักษาของผู้ป่วยและ/หรือญาติ
- 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แนวทางการรักษา ปัจจัยที่ทำให้อาการกำเริบและ

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต

5) การให้ความรู้เกี่ยวกับยาต้านโรคจิต อาการข้างเคียงและวิธีการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ และฝึกทักษะการจัดการร่วมกันของผู้ป่วยและญาติ

6) สอนทักษะการประเมินพฤติกรรมมารับประทานยา

7) สอนทักษะการจัดการความเครียดในครอบครัวอย่างเหมาะสมและการลด-เลิกการใช้สุราหรือยา

เสพติดของผู้ป่วย

8) สอนการเฝ้าระวังและสังเกตพฤติกรรมความรุนแรง แนวทางการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและการจัดการพาผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการฉุกเฉิน (เบอร์ 1669/191 กรณีกำเริบรุนแรง),

9) สนับสนุนให้เกิดช่องทางการปรึกษาทางโทรศัพท์ /line contact

10) สนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยแจ้งรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้แก่ รพ. สต.ที่รับผิดชอบ เพื่อร่วมติดตามดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

ประเมินคุณภาพของแนวทางฯ ด้วย 4 ตัวชี้วัด คือ 1) พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา 2) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 3) จำนวนครั้งของการมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือนอนโรงพยาบาลหรือส่งต่อ และ 4) ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ชุมชนโรงพยาบาลศิริราช หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช และหัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิโรงพยาบาลศิริราช ค่าความตรงที่ยอมรับได้คือระหว่าง .67-1.00 โดยแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น มีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับแบบดัชนี (Item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.89 ได้นำไปทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

ความเชื่อมั่น (reliability) ใช้ Cronbach's alpha coefficient การ try out กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลสวรรคโลก ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาเท่ากับ 0.83 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เท่ากับ 0.85 และแบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล เท่ากับ 0.87

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้ 1) ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกชวนชื่น โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ในระยะที่เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2566:2 เดือน 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย และกรอบขั้นตอนต่างๆกับผู้เกี่ยวข้อง 3) ดำเนินกิจกรรมตามโครงการวิจัย 4) ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Microsoft Excel ก่อนจะส่งต่อข้อมูล (Export data) ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป 5) วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย 6) สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย และ 7) เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแบบบันทึกผลการรักษาของผู้ป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท, ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) ของผู้ป่วยจิตเภท และค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติเชิงอนุมาน (inference statistics) paired t-test

6.ผลการศึกษา แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท การเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าส่วนใหญ่

1.1.1 เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.5 สถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 58.5 การศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษาร้อยละ 35.3 และมีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 70.6

1.1.2 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 44.1 (6,000.0 บาท S.D.=4966.468 min 3,000 max 20,000) เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บร้อยละ 44.1 ไม่มีโรคทางกายหรือทางจิตร้อยละ 44.1 เป็นโรค HT และ DM และ DLP ร้อยละ 17.6 และเคยดื่มแอลกอฮอล์แต่เลิกมานานกว่า 1 ปี ร้อยละ 38.2

1.1.3 มีกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 35.3 (อายุเฉลี่ย 57.4 , S.D.=10.471, min=30, max 76), ระยะเวลาที่ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 10-15 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 67.7 (ค่าเฉลี่ย 11.9 ชั่วโมง , S.D.=3.0587, min=6,max=17) และต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ร้อยละ 52.9

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าส่วนใหญ่

1.2.1 เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.6 สถานภาพหย่า/ร้าง/แยก ร้อยละ 44.1 การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 44.1 และว่างงาน ร้อยละ 58.8 มีอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 41.2

1.2.2 วินิจฉัยเป็น F2090 Schizophrenia, unspecified, Continuous ร้อยละ 58.9 ระยะเวลาเป็นโรคจิตเภท 6-10 ปี ร้อยละ 29.4 (เฉลี่ย 14.8 ปี , S.D.=9.919, min=1, max 40) ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 47.1 และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ HT ร้อยละ 17.8

1.2.3 ต้องใช้ยาฉีดเพื่อควบคุมอาการทางจิต ร้อยละ 64.7 ส่วนใหญ่เป็นยา Fluphenazine 25mg muscle เดือนละ 1 ครั้ง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนและหลังทดลอง พบว่าหลังทดลองญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.001 (หลังทดลอง \bar{x} =57.0 S.D.= 5.3029, ก่อนทดลอง \bar{x} =24.8, S.D.= 2.357) โดยเพิ่มขึ้น 32.2 คะแนน

2.2 ระดับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง ร้อยละ 70.6 และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ ร้อยละ 29.4

และหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลางร้อยละ 14.7 และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับสูงร้อยละ 85.3

2.3 พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาหลังทดลองในภาพรวมมีร้อยละ 63.3 และเมื่อพิจารณารายข้อ ลำดับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา จากมากไปน้อยได้ดังนี้ ข้อ 15 แม้มีอาการทางจิตดีขึ้น ผู้ป่วยยังมารับยาสม่ำเสมอ (ร้อยละ 71.2), ข้อ 16 ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง (ร้อยละ 70.6), ข้อ 18 ปฏิเสธที่มึนสุขภาพ เมื่อมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา (ร้อยละ 69.4), ข้อ 13 ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพเรื่องการใช้ยา (ร้อยละ 68.8), ข้อ 12 ผู้ป่วยขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษา หากมีอาการทางจิตไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 68.2), ข้อ 5 ผู้ป่วยกินยาตรงตามเวลา (ร้อยละ 67.6), ข้อ 4 ผู้ป่วยไม่เคยหยุดกินยาเอง โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง (ร้อยละ 67.1), ข้อ 3 ผู้ป่วยกินยาทุกวัน ไม่ใช่กินยาเฉพาะเวลามีอาการผิดปกติเท่านั้น (ร้อยละ 66.5), ข้อ 8 ผู้ป่วยกินยาครบตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 65.9), ข้อ 17 เมื่อยาหมด ผู้ป่วยไม่เคยซื้อยารักษาอาการทางจิตตามร้านมากินเอง โดยไม่ได้พบแพทย์ (ร้อยละ 62.4), ข้อ 11 เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ผู้ป่วยกินยาแก้แพ้ตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 61.2), ข้อ 2 ผู้ป่วยไม่ลืมกินยา (ร้อยละ 60.6), ข้อ 1 ผู้ป่วยไม่หยุดยาเองแม้จะรู้สึกมีอาการทางจิตดีขึ้น (ร้อยละ 60.0), ข้อ 6 ผู้ป่วยไม่เคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 58.8), ข้อ 14 แม้จะมีการเจ็บป่วยทางกาย ผู้ป่วยจะยังคงกินยารักษาโรคจิต และจะรอปรึกษาแพทย์ก่อนปรับลดยา (ร้อยละ 58.2), ข้อ 7 ผู้ป่วยกินยานอนหลับตามที่แพทย์สั่งเท่านั้นไม่เคยเพิ่มยาเอง (ร้อยละ 57.6), ข้อ 10 เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ผู้ป่วยรีบไปพบแพทย์ (ร้อยละ 53.5) และ ข้อ 9 ผู้ป่วยไม่เคยลดจำนวนเม็ดยาเอง (ร้อยละ 51.2)

สรุปว่าผลการประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ตามแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสร้างโดย สุรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) พบว่าหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ข้อมูลว่าได้จัดการดูแลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีขึ้นกว่าเดิม กล่าวคือมีพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา (รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ส่วนที่ 3 ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท การเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

3.1 ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่าหลังทดลองผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาน้อยกว่าก่อนทดลอง โดยปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เท่ากับร้อยละ 5.9, 5.9 และ 0.0 ตามลำดับ ในขณะที่ก่อนทดลองมีปัญหาเท่ากับ 17.6, 11.8 และ 5.9 ตามลำดับ โดยภาพรวมหลังทดลองเกิดปัญหาร้อยละ 3.9 ในขณะที่ก่อนทดลองเกิดปัญหาร้อยละ 11.8

3.2 ประเด็นของการเกิดพฤติกรรม/ ระดับความก้าวร้าวรุนแรง พบว่า

ก่อนทดลองพบผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำนวน 6 คน มี OAS รวมเท่ากับ 28 คะแนนโดยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทาง คำพูด และการแสดงออกในระดับ 3 เป็นกลุ่มฉุกเฉิน

(Emergency) คือ พุดข่มชู่จะทำร้ายผู้อื่นชัดเจน เช่น ฉันทจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ เช่น ช้ำ เกล็ด บวม เกิดบาดแผล กระตุกหัก หรือเกิดการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใดและระดับ 2 เป็นกลุ่มเร่งด่วน (Urgency) คือ ต่ำค่าหยาบคาย ใช้คำ สกปรกรุนแรง แสดง ท่าทางคุกคาม เช่น ถลก เสื้อผ้า ทำท่าต่อยลม หรือ กระทบคอเสื้อผู้อื่น ฟุ้งซน ตะ แผลง หรือตีงมผู้อื่น แต่ยังไม่ได้รับบาดเจ็บ หมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง) ร่วมกับมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สินในระดับ 3 เป็นกลุ่มฉุกเฉิน (Emergency) คือ ทำสิ่งของแตกหัก กระจัดกระจาย เช่น ทูบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือสิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟเผา ฯลฯ และระดับ 2 เป็นกลุ่มเร่งด่วน (Urgency) คือ ขว้าง ตะ พุบวัตถุ หรือ สิ่งของ

หลังทดลองพบผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำนวน 2 คน มี OAS รวมเท่ากับ 2 คะแนน โดยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทาง คำพูด และการแสดงออกในระดับ 1 เป็นกลุ่มกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) คือ หงุดหงิดส่งเสียงดังตะโกน ด้วยความโกรธ หรือตะโกน ต่ำผู้อื่นด้วยถ้อยคำไม่รุนแรง หมายถึงผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักปานกลาง (Moderate) ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง ร่วมกับมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงต่อทรัพย์สินในระดับ 1 เป็นกลุ่มกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) คือ ปิดประตูเสียงดัง รื้อค้นข้าวของ กระจัดกระจาย)

สรุปคือในประเด็นของการเกิดพฤติกรรม พบว่าหลังทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงน้อยกว่า ก่อนทดลอง (หลังทดลองมี 2 คะแนน และก่อนทดลองมี 28 คะแนน) รวมถึงหลังทดลองมีระดับความก้าวร้าวรุนแรงน้อยกว่าก่อนทดลอง (หลังทดลองมีรุนแรงระดับ 1 เป็นกลุ่มกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) และก่อนทดลองมีรุนแรงระดับ 2 เป็นกลุ่มเร่งด่วน (Urgency) และรุนแรงระดับ 3 เป็นกลุ่มฉุกเฉิน (Emergency))

ส่วนที่ 4 การระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ดูแล

4.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังทดลอง พบว่าหลังทดลองญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ (ก่อนทดลอง $\bar{x} = 37.3$, $S.D. = 3.7068$, หลังทดลอง $\bar{x} = 19.8$, $S.D. = 5.7967$) โดยลดลง 17.5 คะแนน

4.2 ระดับการระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ดูแลก่อนและหลังทดลอง พบว่าก่อนทดลองญาติผู้ดูแลทุกคนมีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในระดับรุนแรง (severe burden) และหลังทดลองญาติผู้ดูแลมีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในระดับรุนแรง (severe burden) ร้อยละ 44.1, ระดับน้อยถึงปานกลาง (mind to moderate burden) ร้อยละ 35.3 และระดับไม่เป็นภาระถึงน้อย (no to mind burden) ร้อยละ 8.8

4.3 การระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ดูแลหลังทดลอง พบว่าภาพรวมของภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ดูแลมีเท่ากับร้อยละ 40.8 และเมื่อพิจารณารายข้อสามารถลำดับร้อยละของการเป็นภาระจากมากไปน้อยได้ดังนี้ ข้อ 10 คุณรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยหรือไม่ (ร้อยละ 69.8), ข้อ 8 คุณรู้สึกว่าภาระการดูแลญาติทำให้ชีวิตทางสังคมมีปัญหา (ร้อยละ 66.2), ข้อ 9 คุณรู้สึกว่าสูญเสียการควบคุม

ชีวิตของคุณเองตั้งแต่ญาติของคุณป่วยหรือไม่(ร้อยละ 61.0) ,ข้อ7 คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีความเป็นส่วนตัวอย่างที่คุณอยากได้เพราะ ญาติของคุณหรือไม่(ร้อยละ 47.8) ,ข้อ 6 คุณรู้สึกเป็นทุกข์กับสุขภาพเพราะการดูแลญาติของคุณหรือไม่ (ร้อยละ 40.4) ,ข้อ1 คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีเวลาสำหรับตัวคุณเองเลยเพราะต้องใช้เวลาคูแล ญาติของคุณหรือไม่(ร้อยละ 36.0),ข้อ11 คุณรู้สึกว่าคุณควรจะทำอะไรมากยิ่งขึ้นเพื่อญาติของคุณหรือไม่(ร้อยละ 32.2) ,ข้อ 3 คุณรู้สึกโกรธเมื่ออยู่กับญาติของคุณหรือไม่(ร้อยละ 29.4) ,ข้อ 2 คุณรู้สึกเครียดเพราะต้องดูแลญาติของคุณในขณะที่ยังต้อง รับผิดชอบครอบครัวและงานด้วยหรือไม่ (ร้อยละ 28.7),ข้อ 4 คุณรู้สึกว่าคุณญาติของคุณทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับ สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว และเพื่อนๆ ขณะนี้เป็นไปในทางลบ หรือไม่ (ร้อยละ 27.9),ข้อ12 คุณ รู้สึกว่าคุณ ควรจะทำหน้าที่ดูแล ญาติของคุณได้ดีกว่านี้ หรือไม่ (ร้อยละ 27.2) และ ข้อ 5 คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่ใกล้กับญาติของคุณหรือไม่ (ร้อยละ 22.8)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. สรุปผลการวิจัย

ผลของการทดลองใช้แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 34 คน ผลลัพธ์ที่ดีของแนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้คือหลังการทดลองใช้แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดสุโขทัย มีผลลัพธ์ที่ดีคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ข้อมูลว่าได้จัดการดูแลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีขึ้นกว่าเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ กล่าวคือมีพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา (รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง ใช้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลาไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา,ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงน้อยกว่าก่อนทดลอง (หลังทดลองมี 2 คะแนน และก่อนทดลองมี 28 คะแนน) รวมถึงหลังทดลองมีระดับความก้าวร้าวรุนแรงน้อยกว่าก่อนทดลอง (หลังทดลองมีรุนแรงเพียงระดับ 1 เป็นกลุ่มกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) และก่อนทดลองมีรุนแรงระดับ 2 เป็นกลุ่มเร่งด่วน (Urgency) และรุนแรงระดับ 3 เป็นกลุ่มฉุกเฉิน (Emergency) และญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$

2. อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการทดลองใช้แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้นมีผลลัพธ์ที่ดีอาจเป็นเพราะแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น โดยเน้นการสร้างความตระหนักในความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สร้างความมั่นใจให้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และให้ความสนใจในประเด็นของความรู้สึกเป็นภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผลลัพธ์ที่ดีของแนวทางฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. หลังสิ้นสุดการทดลองใช้แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิต

เภทมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าก่อนได้รับการดูแลตามแนวทางฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ (หลังทดลอง $\bar{x} = 57.0$ S.D.= 5.3029, ก่อนทดลอง $\bar{x} = 24.8$, S.D.= 2.357) โดยเพิ่มขึ้น 32.2 คะแนน คล้ายกับผลการศึกษาของณัฐพัชร สุนทโรวิทย์ และปานิสรา อินทร์กันทุม (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษา

ด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในครั้งที่ 2 มีประวัติรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง 68 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 34 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และ 3) โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษา: 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทันทีและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทันทีและระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$, 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทันทีและระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ ผู้วิจัยสรุปว่า: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดังนั้นจึงควรมีการขยายผลการทดสอบไปในผู้ป่วยโรคจิตเวชทุกกลุ่ม และคล้ายกับ สุมิศา กุมลา, โสภิต แสงอ่อน และพัชรินทร์ นันทจันทร์ (2563) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 24 คน แบ่งเป็นควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล ตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาโดยผู้วิจัย 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 3) แบบวัด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผลการศึกษา พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p value = .001 และ 2) หลังสิ้นสุด โปรแกรมฯ 2 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p value = .001 สรุปว่า โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท มีประสิทธิภาพใน การช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในหอผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทให้เพิ่มมากขึ้น และคล้ายกับกุลยาณิชพงศ์ วงหนูพะเนาว์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องผลการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์ที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรองจำนวน 20 ครอบครัว หลังได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์นาน 4 สัปดาห์ และหลังติดตามผล 1 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์มีพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p value = .001 และคล้ายกับชนานันท์ แสงปาก, ภัทรารณณ์ ทุงปันคำ และวรนุช กิตสัมบันท์ (2560) ที่ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทใน

ชุมชน เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน จำนวน 92 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 46 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดเพื่อการรับประทายาต่อเนื่องที่พัฒนาโดยเกรย์และคณะ (Gray et al., 2003 อ้างในชนานันท์ แสงปาก, ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ และวรรณุช กิตสัมบันท์, 2560) ร่วมกับการพยาบาลจิตเวชชุมชนเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลจิตเวชชุมชนเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาตามปกติ ดำเนินการวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย คู่มือการบำบัดเพื่อการรับประทายาต่อเนื่อง และเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ผลการวิจัย พบว่า หลังสิ้นสุดการบำบัดเพื่อการรับประทายาต่อเนื่อง 2 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและทัศนคติต่อการรักษาด้วยยามีระดับสูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดเพื่อการรับประทายาต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองมีระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ข้อเสนอแนะ การบำบัดเพื่อการรับประทายาต่อเนื่อง มีผลในการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และทัศนคติต่อการรักษาในผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่ขึ้น จึงควรนำรูปแบบการบำบัดนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2. หลังสิ้นสุดการทดลองใช้แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนพฤติกรรมความรุนแรงน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลตามแนวทางฯ โดยพบว่า หลังทดลองมีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงน้อยกว่าก่อนทดลอง โดยหลังทดลองมี OAS เท่ากับ 2 คะแนน (คือพบผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำนวน 2 คน จึงมี OAS เฉลี่ยเท่ากับ 1 คะแนนต่อคน) และก่อนทดลองมี OAS 28 คะแนน (คือพบผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำนวน 6 คน มี OAS เฉลี่ยคะแนน OAS เท่ากับ 4.7 คะแนนต่อคน)และมีระดับของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงน้อยกว่าก่อนทดลอง (หลังทดลองมีรุนแรงเพียงระดับ 1 เป็นกลุ่มกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) ในขณะที่ก่อนทดลองพบรุนแรงระดับ 2 เป็นกลุ่มเร่งด่วน (Urgency) และพบรุนแรงระดับ 3 เป็นกลุ่มฉุกเฉิน (Emergency) สาเหตุที่พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลงทั้งจำนวนครั้งและระดับความรุนแรงหลังได้รับแนวทางฯที่พัฒนาขึ้นน่าจะมาจากความครอบคลุมขององค์ประกอบในแนวทาง ฯ โดยเฉพาะข้อ 2) ให้ความรู้เรื่องการประเมินสภาพของผู้ป่วย (แบบประเมิน OAS), ข้อ 3) การสำรวจทัศนคติต่อการรักษาของผู้ป่วยและ/หรือญาติ, ข้อ 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับ แนวทางรักษาและปัจจัยที่ทำให้อาการกำเริบ, ข้อ 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิตและวิธีการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ และฝึกทักษะการจัดยาร่วมกันของผู้ป่วยและญาติ, ข้อ 8) สอนการเฝ้าระวังและสังเกตพฤติกรรมความรุนแรง แนวทางการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและการจัดการพาผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการฉุกเฉิน (เบอร์ 1669/191 กรณีกำเริบรุนแรง), ข้อ 9) การสนับสนุนให้เกิดช่องทางการปรึกษาทางโทรศัพท์ /line contact และ ข้อ 10) การดูแลในชุมชน โดยแจ้งรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้แก่ รพ. สต.ที่รับผิดชอบ เพื่อร่วมติดตามดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และผลจากการ

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลงทั้งจำนวนครั้งและระดับความรุนแรง (คือมีอาการรุนแรงเล็กน้อย ไม่บกร่อง ต่อหน้าที่มากนัก ยังพอช่วยเหลือตัวเองทำกิจวัตรประจำวันได้) ผู้ดูแลผู้ป่วยจะไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง (Grandon P., Jenaro C. and Lemos S., 2008 อ้างในอ้างอิงในวารสารนิตยสารจิตเวช, และชลธิชา เรื่องวิริยะนนท์, 2562)

3. หลังสิ้นสุดการทดลองใช้แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือนอนรักษาแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคจิตเภท น้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลแนวทางการฯ โดยปัญหาการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจนต้องการเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ฉีดยาต้านอาการทางจิตและกลับบ้าน) และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่าหลังทดลองผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหา น้อยกว่าก่อนทดลอง โดยปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เท่ากับร้อยละ 5.9, 5.9 และ 0.0 ตามลำดับ ในขณะที่ก่อนทดลองมีปัญหาเท่ากับ 17.6, 11.8 และ 5.9 ตามลำดับ โดยภาพรวมหลังทดลองเกิดปัญหา ร้อยละ 3.9 ในขณะที่ก่อนทดลองเกิดปัญหา ร้อยละ 11.8 สาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาก้าวร้าวรุนแรงลดลง ไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการแบบ acute care ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน น่าจะมาจากความสำเร็จของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา โดเน้นเรื่องการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยา จัดการให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นให้มีอาการกำเริบ เช่น ลด-งดการดื่มสุรา หรือเสพสารเสพติด จะสามารถช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตัวเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติ ลดการเป็นภาระการดูแลให้กับครอบครัว-ชุมชน และครอบครัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับแพทย์, 2563) และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีชีวภาพทางการแพทย์ (Biomedical Model) ที่ว่าการเป็นโรคจิตเภทเกิดจากภาวะที่ไม่สมดุลของสารสื่อประสาท เช่น การมีระดับของสารโดปามีนมากเกินไปซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและการใช้เหตุผลและการรู้จักตนเอง ระดับของสารซีโรโทนิน (serotonin) มีความสัมพันธ์กับสภาพอารมณ์แปรปรวน ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทให้รับประทานยาเพื่อรักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องจะช่วยปรับสมดุลของสารสื่อประสาทสามารถควบคุมอาการ คงภาวะความผาสุกและป้องกันการกำเริบซ้ำ ช่วยผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำหน้าที่ได้ช่วยเหลือตัวเองได้ (เปรมฤทัย คำรักษ์และปรีญา ทองประไพ, 2562) นอกจากนี้องค์ประกอบของแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาขึ้น ในข้อ 10) การดูแลในชุมชน โดยแจ้งรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้แก่ รพ. สต. ที่รับผิดชอบ เพื่อร่วมติดตามดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหากำเริบจนต้องเข้ารับบริการที่อุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน การดำเนินการดังกล่าวเป็นปัจจัยความสำเร็จที่เอื้อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมีความสามารถโดยรวม (global assessment of function scale: GAF) ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยกาญจน์ เสียงเพราะ (2564) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิต

เวชที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสังขะจำนวน 17 คน ผู้วิจัยสรุปว่าผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการรับประทานยาสม่ำเสมอและมีความสามารถโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (การรับประทานยาสม่ำเสมอ p value=.001 และ ความสามารถโดยรวม p value <.001)

4. หลังสิ้นสุดการทดลองใช้แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านน้อยกว่าก่อนได้รับการดูแลตามแนวทางฯ พบว่าหลังทดลองญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value <.001 (ก่อนทดลอง \bar{x} =37.3, S.D.= 3.7068, หลังทดลอง \bar{x} =19.8, S.D.= 5.7967) โดยลดลง 17.5 คะแนน โดยผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระเท่ากับร้อยละ 40.8 ซึ่งน้อยกว่าผลการศึกษาของจิตติยาภรณ์ พิมวรรณ และนิสิตา นาทประยุทธ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 80 คน พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 38.3, สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์ (2561) ที่ศึกษาเรื่องภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และต้องอยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน ในระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน ใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยฉบับภาษาไทย (Zarit Burden Interview Thai version) พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 54.5 และผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผลการศึกษาของวิลาสินี พิศณุและธรรมนาถ เจริญบุญ (2562) ที่ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 70 ราย ใช้แบบประเมินภาระในการดูแล Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทย ผลการทดลองพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 23.0 และมากกว่าผลการศึกษาของจารุรินทร์ ปิตานูพงศ์, และชลทิษา เรืองวิริยะนันท์ (2562) ที่ศึกษาเรื่องความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลสงขลานครินทร์จำนวน 82 ราย ที่เข้ารับบริการในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2561 โดยใช้แบบประเมินภาระในการดูแล Zarit Burden Interview และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 26.8

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.การนำไปใช้ประโยชน์

- 1) ผู้บริหารโรงพยาบาลศิริมาศ ใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณานำแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ไปใช้ในคลินิกชุมชนขึ้น โรงพยาบาลศิริมาศ
- 2) ควรมีการสนับสนุนให้ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีการปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

2. การวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง ผลของแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศิริมาศ จังหวัดสุโขทัย สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริมาศ แพทย์เวชศาสตร์ชุมชน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน

ปฐมภูมิโรงพยาบาลศิริมาศ รวมถึงหัวหน้าและสมาชิกในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลศิริมาศ ที่ได้
 กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิด ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็น
 อย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกคนที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึง
 ขอขอบคุณญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสียสละเวลาเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูล
 สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็นประโยชน์ โดยสามารถใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือใน
 การรับประทานยา วางแผนการปรับปรุงคุณภาพบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเภทแบบมีส่วนร่วม รวมไปถึงนำข้อมูลภาวะ
 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปใช้เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของญาติ ทั้งในโรงพยาบาลศิริมาศและผู้ที่สนใจทั่วไป

บรรณานุกรม

- กุลยานิขพงศ์ วงหนูพะเนาว์. (2564). ผลการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทานยาตามเกณฑ์
 การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์.
- คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับแพทย์ พิมพ์ครั้งที่ 4. (2563). กรม
 สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์, และชลธิชา เรืองวิริยะนันท์. (2562). ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 27(2), 95-106.
- ฐิติยาภรณ์ พิมวรรณ, และนิสิตา นาทประยุทธ์. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย
 จิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 66(2), 203-216.
- ชนานันท์ แสงปาก, ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ, และวรรณุช กิตสัมพันธ์. (2560). ผลของการบำบัดเพื่อการ
 รับประทานยาต่อเนื่องต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. พยาบาลสาร,
 44 (1), 137-148.
- ณัฐพัชร สุนทรวิทย์ และปานิสรา อินทร์กันทุ. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม
 สุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ
 สุขภาพจิต, 34 (2), 153-168.
- เปรมฤทัย คำรักษ์และปรีญา ทองประไพ. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับ
 ประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยและการ
 สาธารณสุขภาคใต้, 6 (ฉบับพิเศษ), 29-42.
- วิลาสินี พิศณุ, และธรรมนาถ เจริญบุญ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 64(4), 317-
 336.
- สุมิศา กุมลา, ไสภิน แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นันทจันทร์. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการ
 รับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34 (2), 132-152.
- หทัยกาญจน์ เสียงเพราะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วม
 ของชุมชน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(2), 413-426.